



Im Rahmen meiner Diplomarbeit führe ich eine Studie zum Thema *Elternschaft* durch. Ich untersuche hierbei, welche Auswirkungen das erstgeborene Kind im Vorschulalter auf seine Eltern hat. Bitte beziehen Sie sich daher bei der Beantwortung aller Fragen auf Ihr erstgeborenes Kind vor seiner Einschulung. Sollte Ihr erstgeborenes Kind bereits etwas älter sein, so versuchen Sie sich bitte an die Zeit vor seiner Einschulung zu erinnern. Die Verwendung der männlichen Form in Fragen geschieht ausschließlich zur leichteren Lesbarkeit. Sollten Sie einmal das Gefühl haben, dass Sie eine bestimmte Frage nicht eindeutig beantworten können, lassen Sie das Feld einfach frei.

Bitte beantworten Sie folgende interessante Fragen:

Wie lange waren Sie und Ihr Partner ein Paar, bevor Sie Ihr erstes Kind bekamen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Jahr und weniger | <input type="checkbox"/> 6 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 2 Jahre | <input type="checkbox"/> 7 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 3 Jahre | <input type="checkbox"/> 8 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 4 Jahre | <input type="checkbox"/> 9 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 5 Jahre | <input type="checkbox"/> 10 Jahre und mehr |

In welchem Jahr kam Ihr erstes Kind zur Welt?

19..... bzw. 20.....

Ist Ihr erstgeborenes Kind ein Mädchen oder ein Junge?

- Mädchen Junge

| Wie stark werden/wurden Sie von folgenden Personengruppen bei der Erziehung Ihres ersten Kindes unterstützt? (Bitte tragen Sie in jeder Zeile ein Kreuz ein!) | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sehr stark | Stark | teils/teils | Schwach | Sehr schwach | keine Unterstützung |
| von Ihrem Partner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von Ihrer Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von Ihrem Vater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von Ihren Schwiegereltern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von anderen Verwandten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von Freunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch Kinderbetreuung / Babysitter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von anderer Seite (bitte benennen) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Wie äußert(e) sich diese Unterstützung bei der Erziehung Ihres ersten Kindes durch diese Personengruppen? (Sie können in jeder Zeile mehrere Kästchen ankreuzen!) | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Betreuung des Kindes | Haushaltstätigkeiten | finanziell | emotionale Unterstützung | Rat gebend | keine Unterstützung |
| von Ihrem Partner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von Ihrer Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von Ihrem Vater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von Ihren Schwiegereltern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von anderen Verwandten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von Freunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch Kinderbetreuung / Babysitter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von anderer Seite (bitte benennen) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Wie oft diskutier(t)en Sie mit folgenden Personengruppen über die Erziehung Ihres ersten Kindes? (Bitte tragen Sie in jeder Zeile ein Kreuz ein!)

| | Sehr häufig | häufig | ab und an | selten | nie |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| mit Ihrem Partner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Ihrer Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Ihrem Vater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Ihren Schwiegereltern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit anderen Verwandten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Freunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Anderen (bitte benennen) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie zufrieden sind/waren Sie mit diesen Diskussionen zur Erziehung Ihres Kindes? (Bitte tragen Sie in jeder Zeile ein Kreuz ein!)

| | Sehr zufrieden | eher zufrieden | teils/teils | eher unzufrieden | sehr unzufrieden | keine Diskussion |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| mit Ihrem Partner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Ihrer Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Ihrem Vater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Ihren Schwiegereltern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit anderen Verwandten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Freunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Anderen (bitte benennen) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie hat(te) sich der Kontakt zu folgenden Personen seit der Geburt Ihres ersten Kindes verändert? (Bitte tragen Sie in jeder Zeile ein Kreuz ein!)

| | verstärkt | eher verstärkt | keine Veränderung | eher abgeschwächt | abgeschwächt | kein Kontakt mehr |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zu Ihrer Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu Ihrem Vater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu Ihren Schwiegereltern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu anderen Verwandten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu intimen Freunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu anderen Freunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu Anderen bitte benennen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie zufrieden sind/waren sie mit der Arbeitsteilung zwischen Ihnen und Ihrem Partner im Haushalt im Vorschulalter Ihres ersten Kindes?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- teils / teils
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

Wie viel Prozent Ihres Tages werden bzw. wurden von Haushaltstätigkeiten beansprucht?

- <= 10%
- 20%
- 25%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 75%
- 80%
- 90%
- 100%



Sind oder waren Sie in den ersten drei Jahren nach der Geburt Ihres Kindes erwerbstätig?

- ja, Vollzeit ja, auf Minijobbasis
 ja, Teilzeit nein

Ist oder war Ihr Partner in den ersten drei Jahren nach der Geburt Ihres Kindes erwerbstätig?

- ja, Vollzeit ja, auf Minijobbasis
 ja, Teilzeit nein

Wie hat(te) sich die Beziehung zu Ihrem Partner seit der Geburt Ihres Kindes verändert?

- sehr positiv unverändert
 eher positiv
 eher negativ
 sehr negativ

Wie hat(te) sich die Liebe zu Ihrem Partner seit der Geburt Ihres Kindes verändert?

- verstärkt unverändert
 eher verstärkt
 eher abgeschwächt
 abgeschwächt

Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Partnerschaft vor der Geburt Ihres Kindes?

- sehr zufrieden
 eher zufrieden
 teils / teils
 eher unzufrieden
 sehr unzufrieden

Wie zufrieden sind/waren Sie mit Ihrer Partnerschaft nach der Geburt Ihres Kindes?

- sehr zufrieden
 eher zufrieden
 teils / teils
 eher unzufrieden
 sehr unzufrieden

Wie häufig wünsch(t)en Sie sich, mit Ihrem Partner Zeit zu zweit verbringen zu können?

- sehr häufig eher häufig teils/teils eher selten sehr selten

Ist/war Ihr Kind im Allgemeinen neben den gängigen Kinderkrankheiten im Vorschulalter gesund?

- ja
 nein
 sonstiges (bitte hier benennen)

Wie zufrieden sind/waren Sie im Allgemeinen mit dem Verhalten Ihres Kindes im Vorschulalter?

- sehr zufrieden
 eher zufrieden
 teils / teils
 eher unzufrieden
 sehr unzufrieden
 sonstiges (bitte hier benennen)

Nennen Sie bitte drei Dinge, die für Sie persönlich seit der Geburt Ihres Kindes zu kurz kommen bzw. zu kurz kamen:

Wie leicht bzw. schwer fällt/fiel Ihnen die Anpassung an den Schlafrhythmus Ihres Kindes?

- sehr schwer ich musste mich nicht anpassen
 eher schwer
 teils/teils
 eher leicht
 sehr leicht



Haben/hatten Sie das Gefühl, Ihrem Kind und Ihrem Partner gleichermaßen gerecht zu werden?

- ja, ich wurde beiden gleichermaßen gerecht
- nein, ich wurde eher dem Kind gerecht
- nein, ich wurde eher meinem Partner gerecht
- nein, ich wurde keinem von beiden gerecht

Leben Sie aktuell noch mit dem Vater bzw. der Mutter Ihres ersten Kindes zusammen?

- ja (Bitte die nächste Frage überspringen)
- nein (Bitte zur nächsten Frage)

Wie alt war Ihr erstgeborenes Kind, als Sie sich trennten/trennen mussten?

Mein/Unser Kind war _____ Jahre alt.

Wie viele Kinder haben Sie insgesamt?

- ein Kind
- mehr als ein Kind

Wenn Sie 1 Kind eingetragen haben, wünschen Sie sich weitere Kinder?

- ja
- nein
- ich bin mir nicht sicher

Wenn Sie mehr 1 Kind eingetragen haben, wie alt sind Ihre weiteren Kinder aktuell? _____Jahre _____Jahre _____Jahre _____Jahre _____Jahre

Können/konnten Sie auf die Unterstützung Ihrer Eltern in den Jahren vor der Einschulung Ihres ersten Kindes zurück greifen?

- ja, das kann/konnte ich
- ja, ich kann/konnte auf die Unterstützung meiner Mutter zurück greifen
- ja, ich kann/konnte auf die Unterstützung meines Vaters zurück greifen
- nein, ich kann/konnte nicht auf die Unterstützung meiner Eltern zurück greifen

Geben Sie bitte Ihr Geschlecht an: weiblich männlich

In welchem Jahr sind Sie geboren: 19

In welchem Jahr ist Ihr Partner geboren: 19

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> Mittlere Reife |
| <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur | <input type="checkbox"/> Berufsbildende Schule |
| <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss | <input type="checkbox"/> Akademie |
| <input type="checkbox"/> Promotion | <input type="checkbox"/> kein Abschluss |
| <input type="checkbox"/> Habilitation | <input type="checkbox"/> Grundschule |

In welchem Bundesland leben Sie?

Besitzen Sie die deutsche Staatsbürgerschaft? ja nein

Wie sind Sie auf diese Studie aufmerksam geworden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> persönliche Ansprache durch den Diplomanden | <input type="checkbox"/> über Eltern.de |
| <input type="checkbox"/> per E-Mail | <input type="checkbox"/> über XING.de |
| <input type="checkbox"/> durch einen Flyer | <input type="checkbox"/> ein anderes Internetportal |
| <input type="checkbox"/> durch Freunde/Bekannt/Familie | <input type="checkbox"/> auf anderem Wege _____ |

Sollten Sie Anmerkungen positiver, wie negativer Natur zu diesem Fragebogen haben, so zögern Sie bitte nicht, sich an dieser Stelle dazu zu äußern:

☺ Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme ☺